

Circ. n. 149/2017

TORINO, 26 Luglio 2017

Prot. n. 240/2017/PP/sr

**A TUTTE LE FARMACIE  
DELLA CITTA' METROPOLITANA DI TORINO  
LORO INDIRIZZI**

**OGGETTO: EDUCAZIONE CONTINUA – SEGNALAZIONE EVENTI**

Caro collega ti anticipiamo i nuovi corsi programmati per l'autunno 2017:

**1. LA GESTIONE DELLE EMOZIONI E LO SVILUPPO DI UNA STRATEGIA  
COMUNICATIVA EFFICACE IN FARMACIA**

Spesso il cliente della Farmacia ha un carico emozionale importante, legato al timore e all'ansia per il suo stato di salute o per quello di una persona cara. Questo carico emozionale può rendere difficile o addirittura impedire l'apertura di un canale di comunicazione con il Farmacista.

Il Corso è stato progettato specificamente per i Farmacisti dal Prof. Francesco GALLUCCI, massimo esperto italiano di Neuromarketing e Marketing Emozionale. Il Corso si svolgerà in una giornata e mezza di attività, per un totale di 12 ore, in collaborazione con la prestigiosa AINEM - Associazione Italiana di Neuromarketing (All.1)

Costo di partecipazione:

**€ 350,00 ESENTE IVA** (anziché € 650,00) per i titolari e i dipendenti delle Farmacie associate a Federfarma Torino e per i soci A.Gi.Far. Torino (questi ultimi, se laureati entro 6 mesi, al costo della indicato qui di seguito).

**€ 250,00 ESENTE IVA** ai laureandi e neo-laureati (entro i 6 mesi) in Farmacia e CTF.

Durante il corso saranno disponibili, inclusi nel costo, due coffee-break (mattino e pomeriggio) e il pranzo al sabato; il coffee-break alla domenica mattina.

Il Corso è stato accreditato per **12 crediti ECM**.

<b>EDIZIONE N.1</b>	<b>EDIZIONE N.2</b>
<b>Presso <u>CEAN Academy Market</u> Via Terracini 1, Trofarello (TO)</b>	<b>Presso <u>UNIFARMA</u> <u>DISTRIBUZIONE</u> Via Nazario Sauro 78, Fossano (CN)</b>
<b>sabato 23 settembre 2017 09:30 – 18.30 domenica 24 settembre 2017 09:00 – 13.00</b>	<b>sabato 18 novembre 2017 09:30 – 18.30 domenica 19 novembre 2017 09:00 – 13.00</b>

I Relatori per entrambe le edizioni saranno il Prof. Francesco Gallucci (vice-presidente di AINEM) e la Prof.ssa Caterina GAROFALO (Presidente di AINEM).

## **2. CORSI DI LINGUA STRANIERA**

I corsi di Lingua straniera si svolgeranno con un taglio molto pratico per fornire le competenze necessarie a sostenere un dialogo con un cliente a banco e fornirgli così un consiglio efficace e professionalmente corretto.

**INGLESE LIVELLO BASE:** per coloro che hanno una conoscenza scolastica della lingua.

Dieci lezioni il mercoledì sera dal 08/11/17, dalle 20.15 alle 23.15.

Luoghi di svolgimento:

Edizione n.1 – Studio PROFESSIONALITA' IN-FORMAZIONE, Via Genova 200, Torino.

Edizione n.2 – Sala riunioni UNIFARMA DISTRIBUZIONE, Via Nazario Sauro 78, Fossano.

### **INGLESE LIVELLO INTERMEDIO**

Dieci lezioni il enerdì sera dal 10/11/17, dalle 20.15 alle 23.15.

Luoghi di svolgimento:

Edizione n.1 – Studio PROFESSIONALITA' IN-FORMAZIONE, Via Genova 200, Torino.

Edizione n.2 – Sala riunioni UNIFARMA DISTRIBUZIONE, Via Nazario Sauro 78, Fossano.

### **FRANCESE**

Dieci lezioni il martedì sera dal 07/11/2017, dalle 20.15 alle 23.15.

Luoghi di svolgimento:

Edizione n.1 – Studio PROFESSIONALITA' IN-FORMAZIONE, Via Genova 200, Torino.

Edizione n.2 – Sala riunioni UNIFARMA DISTRIBUZIONE, Via Nazario Sauro 78, Fossano.

### **ARABO**

Dieci lezioni il giovedì sera, dal 09/11/2017, dalle 20.15 alle 23.15

Luoghi di svolgimento:

Edizione n.1 – Studio PROFESSIONALITA' IN-FORMAZIONE, Via Genova 200, Torino.

Edizione n.2 – Sala riunioni UNIFARMA DISTRIBUZIONE, Via Nazario Sauro 78, Fossano.

Grazie all'intervento dei Fondi Interprofessionali, il costo di iscrizione al corso è di soli:

**12,20 € comprensivi di IVA.**

### **3. SOCIAL MEDIA**

**LA COMUNICAZIONE ATTRAVERSO I SOCIAL MEDIA: minaccia o opportunità di sviluppo per la Farmacia?**

**Edizione n. 1:** una lezione, lunedì 06/11/17 dalle 20.00 alle 24.00

Luogo di svolgimento: Sala riunioni Il Centro in Centro, dell'Associazione Titolari di Farmacia, Via B. Galliani 10/A, Torino.

**Edizione n.2:** una lezione, lunedì 13/11/17 dalle 20.00 alle 24.00

Luogo di svolgimento: Sala riunioni UNIFARMA DISTRIBUZIONE, Via Nazario Sauro 78, Fossano.

Il Corso è stato accreditato per **4 crediti ECM**.

Grazie all'intervento dei Fondi Interprofessionali, il costo di iscrizione al corso è di soli:

**10,00 € ESENTE IVA.**

Per effettuare l'iscrizione ai Corsi è necessario inviare la scheda di iscrizione relativa al Corso di vostro interesse (All.2) entro il **15 Settembre 2017** all'indirizzo e-mail **corsi@farmapiemonte.org** o via fax al n° **011.56.98.958**.

**La conferma dell'avvenuta iscrizione avverrà mediante comunicazione, da parte della Farmaservizi Formazione s.r.l..**

Cordiali saluti,

IL PRESIDENTE  
dott. Paolo PRINO

# LA GESTIONE DELLE EMOZIONI E LO SVILUPPO DI UNA STRATEGIA COMUNICATIVA EFFICACE IN FARMACIA

**Prof. Francesco GALLUCCI**

*vicepresidente di ainem*

Massimo esperto di Neuromarketing  
e Marketing Emozionale

**Prof. Caterina GAROFALO**

*presidente di ainem*

Esperta di Marketing  
ed eventi emozionali

**TORINO**



**FOSSANO**



sabato: 9.00 - 18.00  
domenica: 9.00 - 13.00



coffee break  
e pranzo



PARTECIPA AL CORSO  
E SCOPRI CHE FARMACIA SEI



Scheda di rilevamento dati

**“LA GESTIONE DELLE EMOZIONI E LO SVILUPPO DI UNA STRATEGIA  
COMUNICATIVA EFFICACE IN FARMACIA”**

FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L. – 23 e 24 Settembre 2017– Trofarello (TO)

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

Codice fiscale

--	--	--

--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

Indirizzo \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Recapito tel. o cellulare \_\_\_\_\_

Recapito e-mail \_\_\_\_\_

(dove vi verrà inviato l’attestato di frequenza)

**PROFESSIONE:**

Professione: FARMACISTA Disciplina: FARMACIA TERRITORIALE/OSPEDALIERA (lasciare la dizione che interessa)

Farmacia di appartenenza \_\_\_\_\_

Iscr./Ordine/

di \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Rapporto di lavoro

Libero Professionista

Dipendente

Convenzionato

Privo di occupazione

La firma in calce alla presente scheda implica integrale accettazione del contenuto e autorizza il trattamento dei dati personali in conformità alla Legge 675/96. Il partecipante è responsabile dei dati riportati sulla scheda anagrafica. La FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L. è sollevata da qualunque responsabilità per dati trascritti in modo errato e non rispondenti al vero.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

FATTURA INTESTATA A (in caso di partecipazione a pagamento) :

PARTECIPANTE

O

FARMACIA

Via \_\_\_\_\_

RAG.SOCIALE \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_

C.FISCALE \_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_

**NB: La conferma dell’avvenuta iscrizione avverrà mediante comunicazione da parte della Segreteria Farmaservizi Formazione tramite e-mail. Tutti coloro che non rientreranno nel numero previsto non verranno contattati ed il loro nominativo verrà preso in considerazione per future riedizioni del medesimo evento. Soltanto in caso di eventuali rinunce da parte degli effettivi iscritti, la scrivente, in ordine cronologico di richieste, contatterà i nominativi precedentemente esclusi.**

Scheda di rilevamento dati

**“LA GESTIONE DELLE EMOZIONI E LO SVILUPPO DI UNA STRATEGIA  
COMUNICATIVA EFFICACE IN FARMACIA”**

FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L. – 18 e 19 Novembre 2017– Fossano (CN)

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

Codice fiscale

--	--	--

--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

Indirizzo \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Recapito tel. o cellulare \_\_\_\_\_

Recapito e-mail \_\_\_\_\_

(dove vi verrà inviato l'attestato di frequenza)

**PROFESSIONE:**

Professione: FARMACISTA Disciplina: FARMACIA TERRITORIALE/OSPEDALIERA (lasciare la dizione che interessa)

Farmacia di appartenenza \_\_\_\_\_

Iscr./Ordine/

di \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Rapporto di lavoro

Libero Professionista

Dipendente

Convenzionato

Privo di occupazione

La firma in calce alla presente scheda implica integrale accettazione del contenuto e autorizza il trattamento dei dati personali in conformità alla Legge 675/96. Il partecipante è responsabile dei dati riportati sulla scheda anagrafica. La FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L. è sollevata da qualunque responsabilità per dati trascritti in modo errato e non rispondenti al vero.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

FATTURA INTESTATA A (in caso di partecipazione a pagamento) :

PARTECIPANTE

O

FARMACIA

Via _____	RAG.SOCIALE _____
CAP: _____ COMUNE _____	CAP: _____ COMUNE _____
C.FISCALE _____	P.IVA _____

**NB: La conferma dell'avvenuta iscrizione avverrà mediante comunicazione da parte della Segreteria Farmaservizi Formazione tramite e-mail. Tutti coloro che non rientreranno nel numero previsto non verranno contattati ed il loro nominativo verrà preso in considerazione per future riedizioni del medesimo evento. Soltanto in caso di eventuali rinunce da parte degli effettivi iscritti, la scrivente, in ordine cronologico di richieste, contatterà i nominativi precedentemente esclusi.**

Scheda di rilevamento dati  
**“INGLESE LIVELLO BASE”**  
 FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L. – 2017– Fossano (CN)

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Indirizzo \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Recapito tel. o cellulare \_\_\_\_\_

Recapito e-mail \_\_\_\_\_

(dove vi verrà inviato l'attestato di frequenza)

**PROFESSIONE:**

Professione: FARMACISTA Disciplina: FARMACIA TERRITORIALE/OSPEDALIERA (lasciare la dizione che interessa)

Farmacia di appartenenza \_\_\_\_\_

Iscr./Ordine/

di \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

- Rapporto di lavoro
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Libero Professionista | <input type="checkbox"/> Dipendente           |
| <input type="checkbox"/> Convenzionato         | <input type="checkbox"/> Privo di occupazione |

La firma in calce alla presente scheda implica integrale accettazione del contenuto e autorizza il trattamento dei dati personali in conformità alla Legge 675/96. Il partecipante è responsabile dei dati riportati sulla scheda anagrafica. La FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L. è sollevata da qualunque responsabilità per dati trascritti in modo errato e non rispondenti al vero.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**FATTURA INTESTATA A (in caso di partecipazione a pagamento) :**

[PARTECIPANTE]

O

[FARMACIA]

Via _____ CAP: _____ COMUNE _____ C.FISCALE _____	RAG.SOCIALE _____ CAP: _____ COMUNE _____ P.IVA _____
---	---

**NB: La conferma dell'avvenuta iscrizione avverrà mediante comunicazione da parte della Segreteria Farmaservizi Formazione tramite e-mail. Tutti coloro che non rientreranno nel numero previsto non verranno contattati ed il loro nominativo verrà preso in considerazione per future riedizioni del medesimo evento. Soltanto in caso di eventuali rinunce da parte degli effettivi iscritti, la scrivente, in ordine cronologico di richieste, contatterà i nominativi precedentemente esclusi.**

Scheda di rilevamento dati  
**“INGLESE LIVELLO BASE”**  
 FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L. – 2017– Torino

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

Codice fiscale

--	--	--

--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

Indirizzo \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Recapito tel. o cellulare \_\_\_\_\_

Recapito e-mail \_\_\_\_\_

(dove vi verrà inviato l'attestato di frequenza)

**PROFESSIONE:**

Professione: FARMACISTA Disciplina: FARMACIA TERRITORIALE/OSPEDALIERA (lasciare la dizione che interessa)

Farmacia di appartenenza \_\_\_\_\_

Iscr./Ordine/

di \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Rapporto di lavoro

Libero Professionista

Dipendente

Convenzionato

Privo di occupazione

La firma in calce alla presente scheda implica integrale accettazione del contenuto e autorizza il trattamento dei dati personali in conformità alla Legge 675/96. Il partecipante è responsabile dei dati riportati sulla scheda anagrafica. La FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L. è sollevata da qualunque responsabilità per dati trascritti in modo errato e non rispondenti al vero.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

FATTURA INTESTATA A (in caso di partecipazione a pagamento) :

[PARTECIPANTE]

O

[FARMACIA]

Via _____ CAP: _____ COMUNE _____ C.FISCALE _____	RAG.SOCIALE _____ CAP: _____ COMUNE _____ P.IVA _____
---	---

**NB: La conferma dell'avvenuta iscrizione avverrà mediante comunicazione da parte della Segreteria Farmaservizi Formazione tramite e-mail. Tutti coloro che non rientreranno nel numero previsto non verranno contattati ed il loro nominativo verrà preso in considerazione per future riedizioni del medesimo evento. Soltanto in caso di eventuali rinunce da parte degli effettivi iscritti, la scrivente, in ordine cronologico di richieste, contatterà i nominativi precedentemente esclusi.**



Scheda di rilevamento dati  
**“INGLESE LIVELLO INTERMEDIO”**  
 FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L. – 2017– Fossano (CN)

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Indirizzo \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Recapito tel. o cellulare \_\_\_\_\_

Recapito e-mail \_\_\_\_\_

(dove vi verrà inviato l'attestato di frequenza)

**PROFESSIONE:**

Professione: FARMACISTA Disciplina: FARMACIA TERRITORIALE/OSPEDALIERA (lasciare la dizione che interessa)

Farmacia di appartenenza \_\_\_\_\_

Iscr./Ordine/

di \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Rapporto di lavoro

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Libero Professionista | <input type="checkbox"/> Dipendente           |
| <input type="checkbox"/> Convenzionato         | <input type="checkbox"/> Privo di occupazione |

La firma in calce alla presente scheda implica integrale accettazione del contenuto e autorizza il trattamento dei dati personali in conformità alla Legge 675/96. Il partecipante è responsabile dei dati riportati sulla scheda anagrafica. La FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L. è sollevata da qualunque responsabilità per dati trascritti in modo errato e non rispondenti al vero.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**FATTURA INTESTATA A (in caso di partecipazione a pagamento) :**

[PARTECIPANTE]

O

[FARMACIA]

Via _____ CAP: _____ COMUNE _____ C.FISCALE _____	RAG.SOCIALE _____ CAP: _____ COMUNE _____ P.IVA _____
---	---

**NB: La conferma dell'avvenuta iscrizione avverrà mediante comunicazione da parte della Segreteria Farmaservizi Formazione tramite e-mail. Tutti coloro che non rientreranno nel numero previsto non verranno contattati ed il loro nominativo verrà preso in considerazione per future riedizioni del medesimo evento. Soltanto in caso di eventuali rinunce da parte degli effettivi iscritti, la scrivente, in ordine cronologico di richieste, contatterà i nominativi precedentemente esclusi.**

Scheda di rilevamento dati  
**“INGLESE LIVELLO INTERMEDIO”**  
 FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L. – 2017– Torino

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

Codice fiscale

--	--	--

--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

Indirizzo \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Recapito tel. o cellulare \_\_\_\_\_

Recapito e-mail \_\_\_\_\_

(dove vi verrà inviato l'attestato di frequenza)

**PROFESSIONE:**

Professione: FARMACISTA Disciplina: FARMACIA TERRITORIALE/OSPEDALIERA (lasciare la dizione che interessa)

Farmacia di appartenenza \_\_\_\_\_

Iscr./Ordine/

di \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Rapporto di lavoro

Libero Professionista                       Dipendente  
 Convenzionato                                       Privo di occupazione

La firma in calce alla presente scheda implica integrale accettazione del contenuto e autorizza il trattamento dei dati personali in conformità alla Legge 675/96. Il partecipante è responsabile dei dati riportati sulla scheda anagrafica. La FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L. è sollevata da qualunque responsabilità per dati trascritti in modo errato e non rispondenti al vero.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**FATTURA INTESTATA A (in caso di partecipazione a pagamento) :**

[PARTECIPANTE]

O

[FARMACIA]

Via _____ CAP: _____ COMUNE _____ C.FISCALE _____	RAG.SOCIALE _____ CAP: _____ COMUNE _____ P.IVA _____
---	---

**NB: La conferma dell'avvenuta iscrizione avverrà mediante comunicazione da parte della Segreteria Farmaservizi Formazione tramite e-mail. Tutti coloro che non rientreranno nel numero previsto non verranno contattati ed il loro nominativo verrà preso in considerazione per future riedizioni del medesimo evento. Soltanto in caso di eventuali rinunce da parte degli effettivi iscritti, la scrivente, in ordine cronologico di richieste, contatterà i nominativi precedentemente esclusi.**

Scheda di rilevamento dati

**“FRANCESE”**

FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L. – 2017– Fossano (CN)

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

Codice fiscale

--	--	--

--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

Indirizzo \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Recapito tel. o cellulare \_\_\_\_\_

Recapito e-mail \_\_\_\_\_

(dove vi verrà inviato l'attestato di frequenza)

**PROFESSIONE:**

Professione: FARMACISTA Disciplina: FARMACIA TERRITORIALE/OSPEDALIERA (lasciare la dizione che interessa)

Farmacia di appartenenza \_\_\_\_\_

Iscr./Ordine/

di \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Rapporto di lavoro

Libero Professionista

Dipendente

Convenzionato

Privo di occupazione

La firma in calce alla presente scheda implica integrale accettazione del contenuto e autorizza il trattamento dei dati personali in conformità alla Legge 675/96. Il partecipante è responsabile dei dati riportati sulla scheda anagrafica. La FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L. è sollevata da qualunque responsabilità per dati trascritti in modo errato e non rispondenti al vero.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

FATTURA INTESTATA A (in caso di partecipazione a pagamento) :

PARTECIPANTE

O

FARMACIA

Via \_\_\_\_\_

RAG.SOCIALE \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_

C.FISCALE \_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_

**NB: La conferma dell'avvenuta iscrizione avverrà mediante comunicazione da parte della Segreteria Farmaservizi Formazione tramite e-mail. Tutti coloro che non rientreranno nel numero previsto non verranno contattati ed il loro nominativo verrà preso in considerazione per future riedizioni del medesimo evento. Soltanto in caso di eventuali rinunce da parte degli effettivi iscritti, la scrivente, in ordine cronologico di richieste, contatterà i nominativi precedentemente esclusi.**

Scheda di rilevamento dati  
**“FRANCESE”**  
 FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L. – 2017– Torino

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Indirizzo \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Recapito tel. o cellulare \_\_\_\_\_

Recapito e-mail \_\_\_\_\_

(dove vi verrà inviato l’attestato di frequenza)

**PROFESSIONE:**

Professione: FARMACISTA Disciplina: FARMACIA TERRITORIALE/OSPEDALIERA (lasciare la dizione che interessa)

Farmacia di appartenenza \_\_\_\_\_

Iscr./Ordine/

di \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

- Rapporto di lavoro
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Libero Professionista | <input type="checkbox"/> Dipendente           |
| <input type="checkbox"/> Convenzionato         | <input type="checkbox"/> Privo di occupazione |

La firma in calce alla presente scheda implica integrale accettazione del contenuto e autorizza il trattamento dei dati personali in conformità alla Legge 675/96. Il partecipante è responsabile dei dati riportati sulla scheda anagrafica. La FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L. è sollevata da qualunque responsabilità per dati trascritti in modo errato e non rispondenti al vero.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**FATTURA INTESTATA A (in caso di partecipazione a pagamento) :**

[PARTECIPANTE]

O

[FARMACIA]

Via _____ CAP: _____ COMUNE _____ C.FISCALE _____	RAG.SOCIALE _____ CAP: _____ COMUNE _____ P.IVA _____
---	---

**NB: La conferma dell’avvenuta iscrizione avverrà mediante comunicazione da parte della Segreteria Farmaservizi Formazione tramite e-mail. Tutti coloro che non rientreranno nel numero previsto non verranno contattati ed il loro nominativo verrà preso in considerazione per future riedizioni del medesimo evento. Soltanto in caso di eventuali rinunce da parte degli effettivi iscritti, la scrivente, in ordine cronologico di richieste, contatterà i nominativi precedentemente esclusi.**

Scheda di rilevamento dati  
**“ARABO”**  
FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L. – 2017– Fossano (CN)

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

Codice fiscale

--	--	--

--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

Indirizzo \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Recapito tel. o cellulare \_\_\_\_\_

Recapito e-mail \_\_\_\_\_

(dove vi verrà inviato l'attestato di frequenza)

**PROFESSIONE:**

Professione: FARMACISTA Disciplina: FARMACIA TERRITORIALE/OSPEDALIERA (lasciare la dizione che interessa)

Farmacia di appartenenza \_\_\_\_\_

Iscr./Ordine/

di \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Rapporto di lavoro

Libero Professionista

Dipendente

Convenzionato

Privo di occupazione

La firma in calce alla presente scheda implica integrale accettazione del contenuto e autorizza il trattamento dei dati personali in conformità alla Legge 675/96. Il partecipante è responsabile dei dati riportati sulla scheda anagrafica. La FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L. è sollevata da qualunque responsabilità per dati trascritti in modo errato e non rispondenti al vero.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**FATTURA INTESTATA A (in caso di partecipazione a pagamento) :**

[PARTECIPANTE]

O

[FARMACIA]

Via \_\_\_\_\_

RAG.SOCIALE \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_

C.FISCALE \_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_

**NB: La conferma dell'avvenuta iscrizione avverrà mediante comunicazione da parte della Segreteria Farmaservizi Formazione tramite e-mail. Tutti coloro che non rientreranno nel numero previsto non verranno contattati ed il loro nominativo verrà preso in considerazione per future riedizioni del medesimo evento. Soltanto in caso di eventuali rinunce da parte degli effettivi iscritti, la scrivente, in ordine cronologico di richieste, contatterà i nominativi precedentemente esclusi.**

Scheda di rilevamento dati  
**“ARABO”**  
FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L. – 2017– Torino

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

Codice fiscale

--	--	--

--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

Indirizzo \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Recapito tel. o cellulare \_\_\_\_\_

Recapito e-mail \_\_\_\_\_

(dove vi verrà inviato l'attestato di frequenza)

**PROFESSIONE:**

Professione: FARMACISTA Disciplina: FARMACIA TERRITORIALE/OSPEDALIERA (lasciare la dizione che interessa)

Farmacia di appartenenza \_\_\_\_\_

Iscr./Ordine/

di \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Rapporto di lavoro  Libero Professionista  Dipendente  
 Convenzionato  Privo di occupazione

La firma in calce alla presente scheda implica integrale accettazione del contenuto e autorizza il trattamento dei dati personali in conformità alla Legge 675/96. Il partecipante è responsabile dei dati riportati sulla scheda anagrafica. La FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L. è sollevata da qualunque responsabilità per dati trascritti in modo errato e non rispondenti al vero.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**FATTURA INTESTATA A (in caso di partecipazione a pagamento) :**

[PARTECIPANTE]

O

[FARMACIA]

Via _____	RAG.SOCIALE _____
CAP: _____ COMUNE _____	CAP: _____ COMUNE _____
C.FISCALE _____	P.IVA _____

**NB: La conferma dell'avvenuta iscrizione avverrà mediante comunicazione da parte della Segreteria Farmaservizi Formazione tramite e-mail. Tutti coloro che non rientreranno nel numero previsto non verranno contattati ed il loro nominativo verrà preso in considerazione per future riedizioni del medesimo evento. Soltanto in caso di eventuali rinunce da parte degli effettivi iscritti, la scrivente, in ordine cronologico di richieste, contatterà i nominativi precedentemente esclusi.**

Scheda di rilevamento dati  
**“LA COMUNICAZIONE ATTRAVERSO I SOCIAL MEDIA: minaccia o opportunità di sviluppo per la Farmacia?”**

FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L. – 6 Novembre 2017– Torino

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

Codice fiscale

--	--	--

--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

Indirizzo \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Recapito tel. o cellulare \_\_\_\_\_

Recapito e-mail \_\_\_\_\_

(dove vi verrà inviato l’attestato di frequenza)

**PROFESSIONE:**

Professione: FARMACISTA Disciplina: FARMACIA TERRITORIALE/OSPEDALIERA (lasciare la dizione che interessa)

Farmacia di appartenenza \_\_\_\_\_

Iscr./Ordine/

di \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Rapporto di lavoro

Libero Professionista

Dipendente

Convenzionato

Privo di occupazione

La firma in calce alla presente scheda implica integrale accettazione del contenuto e autorizza il trattamento dei dati personali in conformità alla Legge 675/96. Il partecipante è responsabile dei dati riportati sulla scheda anagrafica. La FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L. è sollevata da qualunque responsabilità per dati trascritti in modo errato e non rispondenti al vero.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

FATTURA INTESTATA A (in caso di partecipazione a pagamento) :

PARTECIPANTE

O

FARMACIA

Via _____	RAG.SOCIALE _____
CAP: _____ COMUNE _____	CAP: _____ COMUNE _____
C.FISCALE _____	P.IVA _____

**NB: La conferma dell’avvenuta iscrizione avverrà mediante comunicazione da parte della Segreteria Farmaservizi Formazione tramite e-mail. Tutti coloro che non rientreranno nel numero previsto non verranno contattati ed il loro nominativo verrà preso in considerazione per future riedizioni del medesimo evento. Soltanto in caso di eventuali rinunce da parte degli effettivi iscritti, la scrivente, in ordine cronologico di richieste, contatterà i nominativi precedentemente esclusi.**

Scheda di rilevamento dati  
**“LA COMUNICAZIONE ATTRAVERSO I SOCIAL MEDIA: minaccia o opportunità di sviluppo per la Farmacia?”**  
 FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L. – 13 Novembre 2017– Fossano (CN)

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Indirizzo \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Recapito tel. o cellulare \_\_\_\_\_

Recapito e-mail \_\_\_\_\_  
 (dove vi verrà inviato l’attestato di frequenza)

**PROFESSIONE:**

Professione: FARMACISTA Disciplina: FARMACIA TERRITORIALE/OSPEDALIERA (lasciare la dizione che interessa)

Farmacia di appartenenza \_\_\_\_\_

Iscr./Ordine/

di \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

- Rapporto di lavoro
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Libero Professionista | <input type="checkbox"/> Dipendente           |
| <input type="checkbox"/> Convenzionato         | <input type="checkbox"/> Privo di occupazione |

**La firma in calce alla presente scheda implica integrale accettazione del contenuto e autorizza il trattamento dei dati personali in conformità alla Legge 675/96. Il partecipante è responsabile dei dati riportati sulla scheda anagrafica. La FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L. è sollevata da qualunque responsabilità per dati trascritti in modo errato e non rispondenti al vero.**

**DATA** \_\_\_\_\_ **FIRMA** \_\_\_\_\_

**FATTURA INTESTATA A (in caso di partecipazione a pagamento) :**

PARTECIPANTE	O	FARMACIA
Via _____		RAG.SOCIALE _____
CAP: _____ COMUNE _____		CAP: _____ COMUNE _____
C.FISCALE _____		P.IVA _____

**NB: La conferma dell’avvenuta iscrizione avverrà mediante comunicazione da parte della Segreteria Farmaservizi Formazione tramite e-mail. Tutti coloro che non rientreranno nel numero previsto non verranno contattati ed il loro nominativo verrà preso in considerazione per future riedizioni del medesimo evento. Soltanto in caso di eventuali rinunce da parte degli effettivi iscritti, la scrivente, in ordine cronologico di richieste, contatterà i nominativi precedentemente esclusi.**